



## Visita di controllo dopo fermo medico dei pugili AOB

Atleta..... nato/a a .....  
il ....., residente in .....  
....., sconfitto/a prima del limite in data .....  
con il verdetto di .....

Il sottoscritto Dott. ....  
presa visione del verbale redatto, degli accertamenti e/o esami prescritti dal medico di bordo ring e  
dell'eventuale verbale di dimissione di pronto soccorso

### CERTIFICA

che a seguito della visita medica di controllo da me effettuata e di eventuali altri accertamenti che ho  
ritenuto necessari, del referto dell'EEG (obbligatorio per DM 18 febbraio 1982), dell'eventuale verbale di  
dimissioni dal Pronto Soccorso e, in caso di rifiuto di ospedalizzazione, di effettuazione di una RM cerebrale  
eseguita in data ....., l'atleta ..... **può** riprendere  
l'attività sportiva agonistica del pugilato fino alla **scadenza del certificato di idoneità precedentemente  
rilasciato**, e cioè fino al ..... (riportare la data di scadenza del certificato in corso di validità).

Luogo e data .....

Timbro e firma del Medico dello Sport

.....

**Da trasmettere al Settore Sanitario della FPI per la reintegrazione all'attività agonistica a cura dell'atleta**